

ANNÉE 1933

N°

303

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Géza SPITZER

De la Faculté de Paris

Né le 22 Mars 1897, à Bolesk (Hongrie)

Le Traitement de la Syphilis

Par la Méthode de POLLITZER

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1933

ANNÉE 1933

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Géza SPITZER

De la Faculté de Paris

Né le 22 Mars 1897, à Bolesk (Hongrie)

Le Traitement de la Syphilis

Par la Méthode de POLLITZER

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1933

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANCON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCO.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALÉ.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie médicale.....	VALLÉRY-RADOT.
Ophthalmologie	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Obstétrique	VELTER.
	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRÈRES

A MA FEMME, D^r MARIA SPITZER

A MES ENFANTS, ANGÉLIQUE et GÉRARD

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse,
Monsieur le Professeur GOUGEROT
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire le
très grand honneur de présider
notre thèse.
Hommage respectueux.*

A mon cher Maître,

Monsieur le Professeur agrégé PAUL CHEVALLIER
MÉDECIN DE L'HOPITAL COCHIN

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous en a facilité
l'exécution.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur LEGUEU;

Monsieur le Professeur GUILLAIN;

Monsieur le Professeur COUVELAIRE;

Monsieur le Professeur MARFAN;

Monsieur le Professeur CLAUDE;

Monsieur le Professeur GOUGEROT;

Monsieur le Docteur MILIAN;

Monsieur le Professeur Agrégé CATHALA ;

Monsieur le Professeur Agrégé PORTES.

DESCRIPTION DE LA METHODE DE POLLITZER ORIGINALE

Pollitzer, dans le *Bulletin de la Société Française de Dermatologie* du 12 février 1920 (article « Le traitement intensif de la syphilis »), dit qu'on ne peut pas parler d'une méthode définitive dans le traitement de la syphilis.

La syphilis est une maladie chronique, composée de phases actives, de périodes de latence, de rechutes; l'appréciation est d'autant plus difficile, qu'on n'a pas de preuve de guérison définitive. L'auteur trouve important de conduire le traitement d'après un plan défini, et communique le traitement qu'il applique depuis cinq ans. En se basant sur les considérations théoriques émises par Ehrlich comme « *therapia sterilisans magna* », il déclare que souvent une série ou même une seule injection suffit à guérir la syphilis. Dans ces cas, le traitement doit être appliqué dès la première semaine de l'infection. Au contraire, si on intervient à une période plus tardive, il faut plusieurs séries prolongées. Pour Pollitzer, ces différences tiennent à ce que les tréponèmes se réfugient dans les endroits peu accessibles, où prennent une forme en-

kystée, résistante aux médicaments. Pour lutter contre ces formes, il propose d'employer la stérilisation intermittente avec le Hg. Les périodes de traitement seront suivies de périodes de repos pour favoriser la transformation de forme de résistance en forme accessible au médicament de stérilisation. Pour atteindre des tréponèmes à localisation difficile, il faut employer les médicaments à doses élevées : saturer le sang, saturer les organes mal irrigués et leur permettre de recevoir une quantité de As. suffisante à la destruction des tréponèmes.

Il emploie les injections quotidiennes de Hg. soluble, ou bien le Hg. insoluble éliminé plus lentement, à raison d'une injection hebdomadaire.

L'élimination de As. se fait assez vite; pour avoir une saturation du sang, il faut administrer l'arsenic à dose quotidienne. Admettons que cela soit réalisable : ce n'est pas avantageux. En effet, une injection d'arsenic à dose suffisante tue les tréponèmes dans le sang; il n'y en a pas d'autres pour une seconde injection.

Il faut un certain temps pour les voir apparaître à nouveau; mais si l'on sature le sang pendant 9 jours par l'As., l'As. aura la possibilité de pénétrer dans les différents repaires du tréponème.

La base du traitement par l'As. dérive de deux principes :

- 1) L'emploi intermittent d'un médicament contre les formes de résistance;

2) L'emploi prolongé d'un produit pour la saturation qui vise la destruction des parasites dans les refuges cachés, et dans leurs retraites difficilement accessibles.

Pollitzer nous dit qu'en 1915-1916 il se servait de 606 original, lequel il a remplacé par l'arsénobensol américain. D'autres auteurs appliquaient sa méthode en utilisant l'As. du Canada (Diarsénol : Goodmann : Améric. *Journal of Syph.*, oct. 1919).

Pollitzer a calculé les doses d'après le poids du malade; il tient compte du sexe et de la santé générale. La dose doit être, chez un homme normal, de 0,10 gr. d'arsénobensol pour 25 livres; pour une femme ou un enfant, la dose est de 0,10 gr. pour 30 livres; pour un nouveau-né la dose est moitié moindre.

Pollitzer reproche à la méthode à début par doses faibles et se continuant par des doses croissantes, de créer des tréponèmes arséno-résistants. Il considère l'élévation de la température après la première piqûre dans les cas de syphilis floride, comme une réaction sans gravité et aucunement sérieuse.

Sa technique est la suivante : il dissout l'arsphénamine dans l'eau fraîchement distillée et stérilisée, à raison de 20 cc. pour chaque 0,10 gr.; on attend la dissolution complète ; on alcalinise rapidement et exactement. Pour 0,60 on verse d'un coup 1 cc. environ de soude à 15 %, puis lentement on ajoute quelques gouttes de soude pour arriver à une solution limpide, nettement alcaline, mais sans excès; on filtre la solution sur du coton stérilisé et on verse dans une burette

suspendue à 3 pieds environ au-dessus du bras du malade. L'auteur insiste sur l'importance d'un débit lent; c'est le débit de la solution injectée qui joue un rôle considérable dans la réaction vasculaire et nerveuse. Il emploie une aiguille fine qui ne laisse pas passer plus de 0.10 par minute.

LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE

Avant de commencer, il fait un examen rénal. En cas de néphrite, il réduit la dose à $1/4$ ou $1/6^e$ de la dose normale, tout en surveillant les reins. Il envisage la possibilité d'une néphrite d'origine syphilitique; elle serait améliorée par le traitement et l'arsenic est beaucoup moins nocif pour les reins que le mercure. L'apparition d'albumine, de quelques cylindres hyalins et de cylindres granuleux, le lendemain de la piqûre, n'a pas d'importance, mais 8-10 cylindres par préparation avec cylindres épithéliaux demande une grande prudence.

La veille de la piqûre, purgatif salin, une tasse de thé deux heures avant la piqûre; 6-8 heures de jeûne après l'injection, et ensuite, en repas léger.

LA METHODE DE POLLITZER FAITE PAR M. PAUL CHEVALLIER

La méthode consiste à injecter, trois jours de suite, 90 cgr. de Novar chez un malade atteint de syphilis.

La méthode part du principe posé par Ehrlich : frapper très fort d'emblée par un assaut arsenical massif mais court.

Deux autres principes sont ajoutés : d'une part, prévenir l'apparition des phénomènes précoces, faire suivre le traitement arsenical par des injections de métaux lourds; d'autre part, éviter les récidives tardives, poursuivre le traitement par des séries successives et semblables.

C'est une méthode où l'action immédiate et intense est due à l'arsenic, l'action prolongée aux métaux lourds, au traitement longtemps et méthodiquement appliqué.

QUELLES SONT LES MESURES A PRENDRE POUR L'APPLICATION DE CETTE METHODE?

Si l'on décide de traiter un syphilitique par la méthode de Pollitzer, il est nécessaire pour éviter tout

accident, de mettre le malade dans les meilleures conditions.

Pendant l'administration arsénobenzolique, le malade doit garder le lit. Cette condition est indispensable.

Le régime du malade demande également à être réglé. La veille du traitement, on doit mettre le malade au régime lacté, exclusif et absolu.

Ce traitement convient soit aux malades de la classe aisée, en maison de santé, soit aux malades hospitalisés, pendant l'assaut arsénobenzolique massif.

QUELLE EST LA TECHNIQUE TELLE QU'ON L'APPLIQUE AUJOURD'HUI

Pollitzer associait le mercure à l'arsénobenzol.

Actuellement on se sert aussi bien de préparations mercurielles-huile grise, cyanure de mercure, que bismuthiques, sels solubles et insolubles.

DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE, TELLE QU'ON L'APPLIQUE DANS LE SERVICE DE M. P. CHEVALLIER

1^{er} jour. — Le malade reste au lit et à la diète lactée exclusive.

2^e jour. — Le malade, tout en restant au lit et au régime lacté, reçoit le matin une injection intravéneuse de 0.90 de Noyar, une solution de 10 % de No-

var. Le contenu de la seringue est poussé très lentement, environ pendant quinze minutes.

A la rigueur, on peu tempoyer 1 gr. de sulfar à la place de Novar.

3^e jour. — En observant les mêmes règles, on administre au malade une deuxième injection de Novar de 0.90.

4^e jour. — On pratique la dernière injection intravéneuse de 0.90 de Novar. Le malade a donc, en trois jours, 2.70 de Novar.

Dans un traitement habituel progressif, cette dose n'est atteinte qu'au bout de quatre semaines, avec la méthode de Pollitzer on commence déjà, à ce moment, une autre série.

QUELLES SONT LES RÉACTIONS À ATTENDRE ET À OBSERVER DANS UN TRAITEMENT BIEN CONDUIT?

La première injection peut être suivie d'une élévation thermique et d'un malaise général, on observe une exagération des phénomènes locaux. Les premiers faits sont explicables tantôt par le réveil d'un microbisme latent, non spécifique, tantôt par l'exaltation de la virulence des tréponèmes. Les phénomènes ne durent point. Ils ne réapparaissent à la deuxième et troisième piqûres que d'une façon transitoire. Les réactions ne sont pas toujours identiques ni de même intensité chez tous les sujets. Les uns sont porteurs de nombreux germes et réagissent vivement, les autres

hébergent très peu de microorganismes et chez eux on voit les réactions manquer complètement, ou bien être notablement diminuées. En particulier, l'hyperthermie peut passer facilement inaperçue si l'on ne prend pas la température d'une façon systématique et suivie. Le clocher fébrile ne se montre souvent qu'après la deuxième injection. Parfois on n'observe aucune réaction.

Après l'administration arsénobenzolique, on mettra le malade quelques jours au repos sans dépasser plus de trois jours. On commence alors la cure mercurielle ou bismuthique. On peut faire comme Pollitzer, une injection d'huile grise tous les huit jours (six injections au total). On peut pratiquer douze injections de cyanure de mercure intravéneuses à raison d'une injection tous les deux jours, ou bien une série de douze piqûres de bismuth liposoluble ou insoluble, à raison d'une tous les deux jours. Cette partie de traitement constitue la partie ambulatoire. On mettra le malade au repos pour un mois et on recommencera le traitement de nouveau.

QUELLES SONT LES INDICATIONS ET LES CONTRE-INDICATIONS DE LA MÉTHODE?

C'est avant tout aux syphilitiques jeunes que s'adresse la méthode; mais l'âge adulte, ni même l'âge avancé ne doivent pas être considérés comme inaptes à ce traitement, pourvu que ces sujets aient gardé

leurs principaux organes : reins, cœur, foie, dans un état jeune. La femme enceinte supporte admirablement le traitement et nous serions même tentés de dire qu'elle le supporte mieux que sa grossesse. Les doses indiquées sont applicables à tous les adultes, à taille et corpulence moyenne, nous abaissons les doses à 0.75 lorsqu'il s'agit de sujets fragiles et de petite taille.

Les contre-indications sont les mêmes que dans tous les traitements arsénobenzoliques, elles sont assez restreintes. Mentionnons la tuberculose en évolution et de nombreux cas publiés, où l'arsenic a réchauffé une infection refroidie. Citons l'observation de MM. Paul Chevallier, Lévy-Bruhl et Jean Bernard : adénopathie inguinale primaire du type « bubon congloméré de Bassereau » ; évolution fébrile particulière avec roséole spéciale et ulcération gingivale. Présence de diplococcus crassus dans le sang, le ganglion et l'ulcération muqueuse (S. M. H., 10 juin 1932, n° 21).

Dans cette observation intéressante, les auteurs montrent que l'hypothèse la plus vraisemblable est celle du biotropisme : sous l'influence de l'agression arsénobenzolique, le bacille ayant d'abord envahi les voies lymphatiques et les ganglions, a provoqué une septicémie diplococcique. De même, on a pu noter le réveil de nombreuses salpingites latentes jusqu'alors.

DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAITEMENT

Par ses conséquences pour l'individu et pour la société, la syphilis est un fléau social. Sa transmission s'effectue par contact, donc elle est évitable.

Quelques notions font le sujet de discussions actuelles : quand doit-on instituer le traitement? Doit-on faire un traitement abortif sur un simple soupçon? Commencer sans preuve objective?

Un traitement appliqué dans ces conditions ne donnera aucune garantie puisque jamais on ne saura quand doit finir le traitement. Ne connaissant point le début de la maladie, on ignorera la fin. Il nous semble préférable de ne pas appliquer la méthode de Pollitzer avant un diagnostic sûr de syphilis. Naturellement, dans chaque cas on se basera sur les différentes preuves du diagnostic de la syphilis. En outre, on ne doit pas se contenter de blanchir les malades, mais on doit les suivre et tâcher d'assurer leur avenir. Quand le diagnostic est assuré, il n'y a rien à perdre, il faut frapper fort et sur ce point tous les syphiligraphes sont d'accord : le traitement initial doit être aussi intense et aussi serré que l'individu peut le supporter. Tous les malades peuvent supporter notre traitement à très haute dose et l'expérience permet de dire que l'intolérance est nulle.

L'EFFET DU TRAITEMENT DANS LES DIFFÉRENTES PÉRIODES
DE LA SYPHILIS

QUELLE EST L'ACTION BIOLOGIQUE DU NOVAR?

L'action du Novar à haute dose serait une action directe spirillicide ou bien indirecte, résultant d'une transformation du produit dans l'organisme et son efficacité serait influencée de même manière que la virulence des tréponèmes par le pH. du milieu; le pH. conditionnerait la survie de certaines formes de résistances, de certains produits de transformations ou la destruction d'autres.

L'action serait fonction des variations du pH. du milieu. Ne voulant pas dépasser le cadre de notre travail, nous nous bornerons à ces indications générales. Le traitement a été surtout appliqué aux malades qui ont présenté une syphilis primaire ou secondaire. Cependant, certains malades atteints d'une syphilis ancienne, d'aortite avec médiastinite, de tabès, de lésions cérébrales, des paralytiques généraux ont pu bénéficier de la méthode.

Tous ces malades ont bien supporté le traitement.

En général on peut dire que la méthode est employée en présence de manifestations syphilitiques jeunes et surtout pendant les premières années de la période secondaire.

Nous ne trouvons pas trop indiqué l'emploi de cette méthode dans les cas à long entr'acte, mais anciens, puisque le Novar constitue le médicament par excel-

lence du traitement d'attaque, le médicament d'un sujet porteur d'une syphilis en activité.

QUELS SONT LES RÉSULTATS OBTENUS
DANS LES DIFFÉRENTES PHASES DE LA SYPHILIS?

Quel que soit le mode d'action des doses massives et brèves, cette action n'en est pas moins nette. L'amélioration est frappante, la disparition des accidents est rapide.

Prenons tour à tour les diverses manifestations syphilitiques :

Le chancre. — Le lendemain de la piqûre, on voit une exagération des phénomènes locaux (réaction de Herxheimer ou biotropisme spécifique); elle ne dure pas, la résolution se manifeste dès la deuxième piqûre le chancre se modifie, commence à s'épidermiser, l'induration persiste encore, mais elle finit par disparaître et on assiste à une cicatrisation rapide de la lésion. Cette évolution est la plus fréquente, quelquefois cependant le chancre résiste davantage et ne guérit qu'au bout de trois semaines. C'est surtout l'induration qui persiste le plus longtemps.

Les ganglions sont un peu plus rebelles, mais semblent disparaître plus rapidement que par les autres traitements.

Les accidents secondaires sont peut-être plus sensibles aux attaques arsénobenzoliques massives.

Les plaques muqueuses disparaissent très rapidement, et on a l'impression que les lésions de la gorge se modifient le jour même de la première piqure.

Les éruptions cutanées sont très rapidement guéries, la roséole présente également après la première piqure une phase d'exagération pour disparaître ensuite.

Les formes appelées « syphilis malignes précoces », ainsi que les formes dites de « syphilis aggravées » régissent admirablement à l'assaut arsénobenzolique intensif.

Les algies comme les céphalées, et les douleurs ostéocopes cèdent dans les heures qui suivent à la piqure. Les périostites régressent à pas rapide.

Les alopecies sont promptement arrêtées, la repousse des cheveux se fait comme sous l'effet des autres traitements arsénobenzoliques en général.

Les accidents tertiaires guérissent à peu près de la même manière que par les autres méthodes.

Dans la syphilis à localisation viscérale, en particulier dans l'aortite où les troubles sont conditionnés par une médiasténite concomittante, les piqures peuvent amener la suppression des sensations inquiétantes et pénibles.

Les lésions nerveuses et le tabès ne présentent pas de contre-indication pour le traitement arsenical à

haute dose. Si nous ne pouvons pas dire que les lésions du système nerveux guérissent, nous pouvons affirmer qu'elles sont améliorées et arrêtées dans leur progression.

L'application du traitement chez les femmes enceintes démontre que les femmes enceintes supportent sans accident les doses massives et se portent admirablement après la cure; elles ne font pas de fausses-couches.

Les conclusions de ces observations du service de M. Chevallier sont les suivantes : le chancre et des lésions syphilitiques secondaires disparaissent beaucoup plus rapidement que par les traitements habituels; le triomphe immédiat rappelle les succès obtenus par le 606 au début de l'ère d'Ehrlich. Le danger de contagion diminue considérablement, d'où le rôle important de la méthode dans la protection sociale.

Dans les formes de syphilis tardive, la méthode de Pollitzer ne donne pas des résultats supérieurs, mais elle procure des résultats satisfaisants. Les rechutes sont beaucoup moins fréquentes que dans les cures arsenicales pures et les récidives n'ont été observées que chez les sujets qui ont fait un repos de plus d'un mois.

LA RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN

Divers cas peuvent se présenter :

1^{er} cas. — Notre traitement est institué dans une phase présérologique, dans ce cas avec un traitement régulier nous voyons que la réaction de W. reste souvent négative, ce qui plaiderait en faveur de la possibilité d'une stérilisation magna, mais nous observons également que la réaction négative au début peut devenir par la suite et malgré le traitement, positive.

2^e cas. — Notre traitement commence lorsque le W. est positif et reste positif après le traitement, créant une dissociation entre la disparition rapide des symptômes cliniques et les réactions sérologiques, pour céder après une deuxième ou troisième série de Pollitzer.

3^e cas. — La réaction de W. est positive au début et cède à la première série de Pollitzer.

4^e cas. — Le W. est positif à la fin de la première série, devient négatif au bout de quelque temps, redevient positif, il peut être influencé par un deuxième Pollitzer, et nous pouvons voir ainsi plusieurs alternatives de W. positif et négatif.

5^e cas. — Le W. a été positif et reste positif, on dit qu'il est irréductible, cas rares observés dans les syphilis anciennes, négligées mal et irrégulièrement traitées, irritées par les petits traitements incomplets à dose insuffisante.

On pourrait considérer la positivité du Bordet-Wassermann après un Pollitzer comme Milian le pense comme une réactivation.

Selon Pollitzer (*Améric. Journ. of. Syph.*, avr. 1919), la prétendue réactivation reposerait sur les oscillations spontanées de la séroréaction.

QUELLES SONT LES INCIDENTS OBSERVÉS AU COURS DE L'APPLICATION DE LA MÉTHODE?

Les phénomènes rappelant la crise nitritoïde sont peu fréquents, quoique observables tout de même, mais ils ne paraissent jamais sérieux. Les réactions fébriles sont presque la règle, mais nous ne devons jamais nous laisser influencer par leur apparition parce qu'elles cèdent avec le traitement, preuve éminemment éclatante de leur origine non toxique.

On a observé que l'élévation thermique débute 4-5 heures après la piqûre et quelquefois elle est si peu durable qu'elle peut échapper à notre attention. Dans d'autres cas elle est plus durable et persiste pendant 24 heures.

Nous n'avons observé que quelques érythèmes du neuvième jour, c'est là encore un avantage de la mé-

thode pour des praticiens timides, qui n'osent pas rapporter cette affection à sa vraie cause et hésitent entre l'origine microbienne ou toxique. C'est souvent pour un érythème que l'on abandonne un traitement efficace novarsénobenzolique, institué selon les règles habituelles des doses fractionnées et espacées. Evidemment, la méthode de Pollitzer coupe cette préoccupation et permet de suivre un traitement par les métaux lourds.

On peut affirmer qu'on ne rencontre jamais les accidents toxiques arsénicaux de la série tardive et que tous les incidents observés sont précoces et fugaces.

Certaines complications sont très rares ou nullement observées au cours de nos séries de 2.70 de Novar. Nous n'avons jamais vu d'érythrodermies, d'éruptions œdémato-bulleuses, de purpuras, ni de phénomène d'ordre toxique, observés quelquefois dans des autres traitements. Nous pouvons donc dire que les doses fortes mais de courte durée, réduisent à 0 la toxicité arsénicale et benzolique tardive.

Signalons que sur 460 observations relevées dans le service de M. Chevallier, il n'y avait qu'un seul cas qui paraissait un peu résistant au médicament et pour lequel on a eu besoin d'un traitement d'une durée de trois mois, pour faire disparaître les lésions cutanées (syphilides infiltrées avec co-existence d'un chancre).

STATISTIQUE

	Nombre de malades examinés		RÉACTIONS FÉBRILES						Erythème du 9 ^e jour		Ictère tardif		Intolérances immédiates										Erythème	
			sans température		avec température								Vomissements		Crises ninitoides		Surdité fugace		Prurite					
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F				
Chancres	159	24	78	8	81	16	5	1			2	2		2										
E 2	164	99	52	36	112	63	3		2		3					1		2		1				
E 3	3	1			3																			
Tabes	3				3																			
Ictère																								
Paralysie générale	1																							
Femmes enceintes		3		1		4					1		1											

H Hommes F Femmes

Nombre de malades traités		Reçu un Pollitzer		Deux Pollitzer		Trois Pollitzer		Quatre Pollitzer		Cinq Pollitzer		Six Pollitzer	
H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
331	129	164	97	46	14	43	9	7	7	2	2	2	2

On a été obligé en 7 cas d'abandonner le traitement par prudence. Ces cas sont les suivants :

Deux malades qui présentaient des vomissements de la céphalée et une douleur lombaire au cours du premier Pollitzer.

Un malade qui vomissait jour et nuit avec courbature et érythème.

Un malade qui a présenté des vertiges, de la pâleur et des vomissements au cours de son troisième Pollitzer.

Un malade chez qui est apparu un érythème toxique à la suite de la première injection du premier Pollitzer.

Un malade qui présentait une crise nitritoïde au cours d'un deuxième Pollitzer.

Un malade chez qui on observait une grande fatigue, avec vomissements incoercibles, surdité et douleur temporale au cours de la première piqûre du deuxième Pollitzer.

Dans les quatre premiers cas, malgré les accidents observés, on reprend plus tard un autre Pollitzer, les malades le supportent sans aucun accident, ni phénomène d'intolérance.

Nous avons observé un cas avec troubles visuels sans lésions ophtalmoscopiques à la première piqûre et sans aucun trouble aux suivantes. On a eu l'occasion d'appliquer la méthode de Pollitzer chez une malade avec antécédents hémorragiques et qui vomissait du sang.

Elle a bien supporté son troisième Pollitzer. On a appliqué cette méthode également chez un malade atteint de maladie de Roger et chez un malade avec ictère.

LA RÉACTION DE WASSERMANN

Dans 18 cas, nous avons trouvé avant l'application du premier Pollitzer le B.-W. négatif, dans ces cas les réactions fébriles ont été nulles après la première piqûre de 0.90 de Novar. Dans ces 18 cas, nous notons 14 fois que le B.-W. reste négatif après plusieurs Pollitzer.

Dans les cas nombreux où nous avons institué le traitement avec Wassermann positif, cette réaction est devenue négative, après les traitements, mais généralement la R. de W. devient plus lentement négative que par les autres méthodes.

Nous voyons que sur 460 cas nous n'avons eu que 7 cas, soit 1 1/2 % où nous avons dû abandonner le traitement plutôt par prudence que par nécessité ; nous n'avons jamais vu d'accidents sérieux entraînant de conséquences graves.

On a eu l'occasion de faire jusqu'à six Pollitzer à certains malades, ce qui plaide en faveur de l'innocuité de la méthode.

Voici, exprimés en %, les résultats trouvés. Sur 460 cas nous avons :

9 érythèmes du neuvième jour, 2 %.

2 ictères tardifs qui paraissent d'ailleurs — , ? (

2 crises nitritoïdes légères, 0.4 %.

7 cas de vomissement, 1.5 %.

1 cas de surdité passagère, 0.2 %.

2 cas de prurite fugace, 0.4 %.

1 cas érythème, 0.2 %, et 174 cas avec clochers fébriles à la suite des deux premières piqûres.

MÉTHODE DE POLLITZER ET GUÉRISON DE LA SYPHILIS

M. Paul Chevallier enseigne que la syphilis ne guérit pas. Les exceptions à cette règle lui paraissent très peu nombreuses et négligeables en pratique.

Il enseigne aussi que le traitement de la syphilis doit être continué quasi toute la vie et que c'est une faute de l'interrompre après quelques années, même s'il a été commencé à la période initiale du chancre, alors que le Wassermann était encore négatif.

Qu'après quelques années de traitement, le Wassermann reste parfaitement négatif et que la ponction lombaire révèle un liquide céphalo-rachidien tout à fait normal, ce fait ne paraît rien prouver à M. Paul Chevallier. Sans doute il estime que dans ces conditions l'apparition d'une syphilis méningo-névraxiale est très improbable. Mais il insiste sur l'extrême fréquence des autres syphilis viscérales qui se montrent après une longue période de santé parfaite, et alors que rien dans les humeurs n'a permis de décélérer trace de la syphilis; les enfants de ces syphilitiques absolus latents sont toujours, pour notre maître, entachés de syphilis. La question se posait donc par nous

de savoir si la méthode de Pollitzer pourrait modifier ce pronostic et permettre plus d'optimisme.

Les observations recueillies dans le service de M. Paul Chevallier à l'hôpital Cochin, ne portent que sur trop peu de temps pour nous permettre de résoudre ce problème.

Nous avons donc demandé à M. Paul Chevallier s'il connaissait les observations datant d'assez longtemps.

En 1920 et 1921, alors qu'il était chef de clinique de M. le Professeur Jeanselme, M. Paul Chevallier a commencé d'appliquer la méthode de Pollitzer. Il conserve de cette époque une douzaine d'observations, mais dont les sujets n'ont été suivis par lui que quelques années.

Le hasard, ou plutôt la complaisance d'un de ses collègues des hôpitaux, l'a tout récemment mis en présence d'un de ses anciens malades. Cette observation permet d'affirmer que la thèse de la non-guérison de la syphilis qu'il défend d'une manière générale, est valable pour la méthode de Pollitzer comme pour les autres méthodes qu'il connaît.

Voici cette observation que nous copions telle qu'elle nous a été remise par M. Paul Chevallier. Le début en a été rédigé il y a plus de dix ans, et aucun détail n'en a été modifié.

« L: Eugène, 23 ans. — Avant le traitement, le 26-11-1920. Début 5 jours apparemment, 3 chancres de la verge, l'un volumineux, caieux, ulcéreux dans le sillon balano-

préputial, 2 exulcérés au voisinage, sur la muqueuse du prépuce. Pléiade, un gros ganglion dans l'aîne gauche. Présence de tréponèmes à l'ultra.

W = H7 (négatif).

Sujet robuste. Ni sucre, ni albumine.

Traitement : Novarsénobenzol le 26-11, 0.90; le 27-11, 0.90 et le 28-11, 0.90; 10 cyanure du 29-11 au 8-12.

Réactions : Température, 38.2° 12 heures après la première injection. Apyrexie et même hypoternie le lendemain (36.8°, 36.4°), le troisième jour élévation thermique à 38.5° 7 heures après l'injection.

Urines : 1 litre.

Evolution de lésions pendant la première quinzaine.

Les chancres se nettoient très vite, le 29-11 déjà, ils sont très modifiés.

Le 1-12 : *W = Ho (positif).*

Le 8-12, le chancre n'est pas complètement épidermisé.

Le 10-12, guérison complète, *W = H8 (négatif).*

Traitement ultérieur. — Huile grise à 0.07; 10-12 : *W = H8*, première injection d'huile grise; 17-12, deuxième injection d'huile grise; 24-12, troisième injection d'huile grise; 31-12, quatrième injection d'huile grise; 7-1, cinquième injection d'huile grise; 14-1, sixième injection d'huile grise.

W = H8. Repos et traitement sulfureux.

Le 6-3-1921, *W = H7*. Malade très bien portant. Pas d'albumine.

Novarsénobenzol le 14-3, 0.75; le 15-3, 0.75; et 16-3, 0.75 grs.; *W* le 16-3 = *H8*.

On continua une injection de huile grise à 0.75 Hg. tous les huit jours.

1-4-1921, *W = H8*; 16-4-1921, *W = H8*; 23-4-1921, *W = H8*, sixième injection d'huile grise, cure sulfureuse; le 25-5-1921, *W = H6*.

Novarsénobenzol : 0.75 1-6; 0.75 4-6.

Le malade a très bien supporté la première injection. La deuxième a été faite vers 11 h. du matin. A 13 h., le malade a eu quelques nausées, mais n'en a pas moins vaqué à ses occupations. A 17 heures, étant à la terrasse d'un café, buvant un « anis » (apéritif se rapprochant beaucoup de l'absinthe), et en buvant pour la première fois de sa vie, le malade ressent un point de côté abdominal droit qui augmente progressivement; la douleur est surtout vive s'il respire. Elle augmente durant la nuit. Le 7-6-1921, la douleur est stationnaire. Le foie semble un peu douloureux. On pense au début d'hépatite.

Mais le malade n'a pas d'ictère. Quelques jours après, il est complètement repris et reprend ses occupations. Il n'a pas maigri.

Le 4-6-1921, W = H8 (néгатif).

Le 20-6-1921, W = H8, état général bon. Poids 60 kilos. dix huile grise à 0.07 divisions de 27-6 au 12-8-1921.

W. 17-10 = H8, 6 huile grise à 0.07 div. du 26-10 au 30-11-1921.

W 25-1-1922 = H8.

W 3-4-1922 = H8.

W 26-7-1922 = H8.

W 14-10-1922 = H8.

W 29-1-1923 = H8. du 8-2 au 8-3 5 huile grise; du 5-7 au 13-10, 12 Quinby (3 cc.).

W 2-4-1924 = H8. du 9-1 au 16-2-1923, 12 Quinby.

L'examen en ce moment ne décèle aucun trouble, santé excellente.

W 24-2-1925 = H8.

Le 30-3-1925, ponction lombaire, liquide normal : alb. = 0.10; cellules 0.1; W = 8; benjoin 00000. Fort de ce résultat, le malade ne fait pas le traitement qui lui est prescrit, ni en 1925, ni en 1926.

Il est venu en 1928 à l'occasion d'une grippe. W le 18-1-1928 = négatif. L'examen soigneux ne révèle aucun trou-

ble, en particulier, tension, cœur, aorte, réflexes tendineux, yeux normaux. 8 huile grise.

Le 4-5-1933, le malade, âgé de 36 ans, nous est envoyé par notre collègue, le Docteur Halbron qui vient de l'hospitaliser pour insuffisance cardiaque : cœur énorme, forte hypertension (23-16), souffle systolique de la pointe, bruit de galop, dyspnée de l'effort. Les accidents d'hypertensions ont commencé il y a 3 ou 4 ans. Le malade raconte qu'il a eu, il y a 10 ans, un rhumatisme dans les articulations des membres inférieurs, rhumatisme qui a duré une dizaine de jours. Ce rhumatisme devait être bien léger puisque à cette époque le malade était sous ma surveillance et que je n'ai rien noté sur sa feuille. Bien que le Wassermann soit actuellement négatif, il ne me paraît pas douteux que les accidents actuels soient dûs à la syphilis. »

OBSERVATIONS

C. L. vient consulter le 29-5-1931 pour un chancre du prépuce.

Histoire. — Le 10-5-1931, le malade aperçoit sur son prépuce une écorchure non douloureuse, dont il fait un traitement par les antiseptiques. La lésion s'agrandit, et le 26-5-1931, il consulte à l'hôpital de Lyon où l'on fait une prise de sang; mais il ignore le résultat; on lui fait 0.30 de Novar.

Le 29 mai, il vient à Paris et entre à l'hôpital.

A l'examen on trouve deux exulcérations du sillon balano préputial à la partie supérieure gauche de la ligne médiane; 1-2 cm. de lui, une autre exulcération de même aspect, de la taille d'un pépin de raisin, ce sont des ulcérations sans bord en cupule centrés par une zone blanchâtre autour d'une zone rouge-bistre jambonnée, à fond propre, couleur chair musculaire, sans suppuration, non douloureuse, sa base est indurée, cartonnée sur la face supérieure du gland, en face du chancre la muqueuse est rouge, lisse, un peu surélevée, les contours de ce placard sont irréguliers, découpés.

Adénopathie inguinale gauche avec un gros ganglion d'une noix environ, allongé, dur, mobile et non douloureux, au-dessus plusieurs petits ganglions durs, arrondis et mobiles. A droite, un chapelet de petits ganglions durs, arrondis, pas de gros ganglions. Pas de ganglions épithrochléens, ni cervicaux. A la face antérieure des deux jambes, on trouve quelques papules de tailles variables d'une tête d'épingle à une pièce de cinquante centimes. Ce sont des papulés de contours irréguliers, rosâtres, avec desquamation furfuracée.

Poumon, cœur, foie, rate, reins normaux. Réflexes normaux.

Le 30-5-1931, l'examen de l'ultra : + +.

Le 31 mai, le malade reçoit 0.75 de Novar. Le malade ne présente aucune réaction.

Le 1^{er} juin 1931, on refait 0.90 de Novar qui est également très bien toléré.

Le 2 juin 1931, de nouveau, 0.90 de Novar.

Le 3 juin 1931, les chancres sont en voie de cicatrisation, mais l'induration persiste. W : + + +; H : + + +; Verne : 30; Kahn : + + +.

Le 5-7 juin 1931, le malade reçoit 1 cc. de Cy. de Hg. Les chancres se cicatrisent.

Le 9-17 juin 1931, le malade reçoit des Cy. de Hg.

Les chancres sont complètement cicatrisés. L'induration persiste. Après avoir reçu 11 piquûres de Cy., le malade est mis au repos. Le 24 juillet 1931, le malade revient dans le service pour un autre Pollitzer. Il reçoit 3 Novar de 0.90 et de Cy. Il sort le 6 août 1931. La

deuxième piqûre de 0.90 de Novar est accompagnée par une température de 38.6°, qui disparaît après la troisième.

**

M. Ch., âgé de 25 ans, vient consulter le 4-6-1931, pour une lésion du gland, qui a débuté 15 jours auparavant environ. La lésion a commencé par un petit bouton rouge siégeant sur la partie postérieure du gland apparu à peu près 8 jours après un rapport.

Le malade ne prêtait point attention à ce bouton, qui s'agrandissait et s'ulcérait. A l'examen : on voit que la verge et le prépuce sont œdématisés et augmentés de volume. Le malade ne peut pas recaloter. A la partie postérieure du gland, une exulcération de diamètre d'un centimètre, de couleur rouge, elle est plate, sans bord, propre, indolore, reposant sur une base indurée. Tout autour, la muqueuse est plus pâle et rosée. Au niveau du frein l'exulcération se prolonge à droite et à gauche dans le sillon balano-prépuciale et mesure ensemble 5 centimètres.

L'ulcération est d'une netteté remarquable, au fond balano-préputial.

Adénopathie gauche et droite, ganglions gros comme un haricot, indolores durs, mobiles sous la peau.

Ganglions épitrochléens.

Légère adénopathie rétrocervicale.

Poumons, reins, foie, rate normaux. Réflexes normaux.

Au cœur : souffle systolique à la base. T. 8. 15-7. Ultra = positif.

Le 5 juin, le malade reçoit 0.90 Novar, la température n'est que 37.8°.

Le 6 juin, deuxième 0.90 ed Novar, la température n'est que 37.7°.

Le 7 juin, troisième 0.90 de Novar.

Pas d'accident, pas d'autres signes.

Etat local : Œdème diminue; légère diminution de l'induration.

Les chancres sont en voie de cicatrisation.

Le 9, 11, 13, 15, 17, Cy. de Hg.

Les chancres sont complètement cicatrisés, mais persistance d'une grosse infiltration prépucciale.

Le 19, 21, 23, Cy. de Hg.

*
**

Malade Ch., âgé de 45 ans.

Le malade se plaint des troubles urinaires, sensation de fatigue dans les jambes et de diarrhée sanglante. Il a déjà des antécédents urinaires. Il y a un an, il avait déjà des difficultés à uriner, le jet devenait toujours de plus en plus petit; le malade était obligé de comprimer son abdomen pour vider sa vessie, sans pouvoir y arriver complètement. Il lui arrivait de perdre quelques gouttes dans son pantalon. Aucune douleur. Il y a 4 mois, le malade a constaté qu'il perdait involontairement les urines, soit dans son

lit, soit pendant la journée, par la moindre toux. Depuis un an, il remarquait une constipation opiniâtre.

Le 15 mai, le malade a les selles diarrhéiques durant 3-4 jours. Les selles liquides sont suivies d'une émission par l'anus de quelques centimètres cubes de sang rouge foncé. Cet état dure 5 jours. Depuis 5 à 6 mois, le malade ressent un engourdissement et une sensation de froid au niveau des orteils et cette sensation gagne les membres inférieurs, et il se plaint d'engourdissement de deux membres inférieurs.

Antécédents. — Blennorrhagie en 1927, mal soignée, cystite, goutte matinale pendant une dizaine d'années. En 1923, il se marie, sa femme est bien portante, a un enfant de 4 ans qui est bien portant. Sa femme n'a pas eu des fausses couches. Le malade nie tous chancres et éruptions.

Le père mort à 72 ans, il avait des douleurs de cœur.

La mère morte à 70 ans. ❖

Une sœur bien portante, a eu deux jumelles.

Un frère atteint d'une affection cardiaque.

Examen du malade. — Cœur à la base é éclat du deuxième bruit. T. A. 16-9.

Poumons normaux.

Foie percutable un travers de main. Rate normale.

Cavité buccale : à droite tubercule de carabelli, pas de leucoplasie.

La sensibilité tactile est douloureuse et très émoussée aux membres inférieurs, sensibilité testiculaire abolie.

La sensibilité profonde : Le malade se rend compte

de la position de ses orteils les yeux fermés, hypotonie musculaire portant sur les raccourcisseurs.

Réflexes rotuliens, achilléens abolis.

Strabisme divergent congénital.

Inégalité pupillaire, pas de réaction à la lumière.

Trouble de la mémoire, impossibilité de fixer l'attention.

Le 20-5, W. dans le sang : + + ; H : + + + ; Verne : = 13.

On donne au malade :

Le 23 mai, 0.90 de Novar, qui est très bien supporté.

Le 24 mai, 0.75 et le 25 mai, 0.75 de Novar.

Le 28 mai, on pratique une ponction lombaire, on trouve 9.2 lymphocytes par cm³.

Formule : Lymphocyte + quelques rares polymuclaires + quelques cellules endothéliales. W = + + +.

Albumine : 1 gr. 80.

Benjoin coll-positif.

Le 25 mai, légère céphalée.

Le malade a reçu pendant ses séjours à l'hôpital deux Pollitzer et douze Cyanure.

Le malade quitte l'hôpital et constate une amélioration dans la marche, mais les réflexes ne sont pas réapparus.

Le 26-8, le malade observe l'amélioration légère, mais les troubles de la marche ainsi que la fatigue pour la lecture sont disparus ; par contre, il existe une rétention d'urine depuis deux jours.

*
**

Malade L. Ch., âgé de 34 ans, vient consulter le 6 mars pour une ulcération de la verge et une éruption généralisée.

L'ulcération a débuté il y a un mois et demi sur le sillon balano-préputial. L'éruption sur le corps a débuté il y a trois jours. A l'examen on voit une érosion linéaire de quelques millimètres siégeant au sillon balano-préputial avec un bord diffus, reposant sur une base indurée en carte de visite, de diamètre de un centimètre et demi sur un centimètre. Sur les sillons occupant à la fois les sillons et le prépuce en feuillet de livre. L'éruption occupe le thorax, le dos, les membres supérieurs, l'abdomen, les cuisses et elle est formée de petits éléments erythémateux, taches arrondies de deux millimètres de diamètre, de couleur rosée, disparaissant à la pression et quelques rares éléments papuleux entourés d'une fine collerette blanche, on les rencontre surtout à la partie supérieure du thorax. Adénopathie inguinale bilatérale, ganglions durs, peu mobiles, indolorés, une grande masse surtout à gauche; à droite, petits ganglions de la grosseur d'un haricot, également durs, mobiles et indolores. Ganglions épitrochléens; ganglions aux aisselles et sous-maxillaires. Pas de plaques muqueuses, pas de lésion de l'anus.

Poumons, cœur, foie normaux.

On met le malade au Novar.

W. = + +; H. = + + +; Vernes = 65; K. = + + +.

Le 7-3, 0.75; le 8-3, 0.90; le 9-3, 0.90 de Novar.

Après la première piqûre, la température monte à 39.1° pour redescendre à 36.5° le lendemain. Les deux autres ne provoquent pas d'élévation thermique.

L'éruption pâlit après la deuxième piqûre, mais le chancre reste identique.

Le 10-3, l'éruption pâlit encore davantage et le chancre se ramollit.

*
**

La malade entre pour des plaques muqueuses hypertrophiques, le 9-4-1931.

Il y a six mois, la malade s'était aperçue qu'elle avait de petits boutons sur les grandes lèvres et au périnée; elle les a traité avec du talc et de l'oxyde de zinc. Les plaques prenaient de l'extension, et elle vient consulter.

Antécédents. — Il y a six mois elle s'est aperçue d'une petite grosseur indolore dans l'aîne, qui persiste depuis deux mois. Quelque temps après, elle voit apparaître une éruption de taches roses siégeant sur le corps, épargnant la face et la main. Ces boutons l'amènent à consulter.

Maux de tête atroces.

Le 13-4-1931, à l'examen : Plaques siégeant sur la partie inférieure de la vulve, autour de l'anus et sur la

région ano-vulvaire. Elles sont nombreuses, de couleur rouge, vernissées à base dure, à fond suintant, laissant sourdre une légère rosée sanglante. De ces lésions, quelques-unes sont papuleuses, d'autres végétantes. Des éléments siègent sur la face interne de la partie supérieure de la cuisse droite, ils ont les dimensions d'une lentille, avec contours polycycliques; leur centre est grisâtre et luisant. Leur périphérie est d'une rose vive. Les éléments reposent sur une base légèrement infiltrée.

Pas de roséole.

Adénopathie inguino-crurale, composée de ganglions durs, mobiles, indolores, allongés, des dimensions des petites amandes, gros ganglions axillaires, ganglions cervico-postérieurs ayant les mêmes caractères, ganglions épitrochléens droits, de dimension d'un haricot, durs mais peu mobiles;.

Cœur, rate, foie normaux.

Règles irrégulières, avec retards de 2-3 semaines, deux enfants 16-13 ans, bien portants.

Eréthisme cardiaque : T. A. 18-12.

Un peu de brouillard devant les yeux. Pas de vertiges. Pas de bourdonnements d'oreille, pas de parésie.

Réflexes tendineux normaux.

Pas d'Argyll, pas de lésion dentaire.

Le 12 avril 1931, 0.75.

Le 13 avril 1931, 0.90 sans température

Le 14 avril 1931, 0.90.

Le 16 avril, mise au cyanure.

*
**

Angine syphilitique. — La malade vient consulter pour une angine, le 14 avril 1931. Cette angine a débuté il y a 8 jours par un picotement de la gorge 10 jours après la sortie de l'hôpital Claude-Bernard, où elle a été hospitalisée pour une scarlatine; elle y est restée pour *une angine de Vincent*, déclarée au cours de sa convalescence, et traitée par des injections de Novar et par des attouchements locaux de Novar.

Elle est sortie guérie, quoique faible et fatiguée. Quinze jours plus tard, elle ressent une sensation de chaleur et picotement de larynx. Depuis quatre jours, les douleurs deviennent violentes, elle a la fièvre de 39°.

Pas de fausses couches.

Pas de grossesse.

Hysterectomie il y a deux ans.

Actuellement la malade se plaint d'élancements douloureux dans la gorge et de picotement de chaleur laryngée rétro-sternale, mais pas de dysphagie, sensation de brûlure après le passage des aliments, faiblesse, asthénie, vagues douleurs gastriques, nausées. Température : 38°.

A l'examen : Pâleur extrême, muqueuses décolorées, amygdales fort hypertrophiées, dépassent les piliers antérieurs, elles sont tuméfiées et hypertrophiées, blanchâtres.

Mauvais état de la bouche.

Sur le thorax : Roséole de trois semaines.

Adénopathie bilatérale du cou intense, à droite deux ganglions allongés, de la grosseur d'une amande, durs, légèrement douloureux, ganglions cervicaux postérieurs.

A l'aîne : un ganglion de chaque côté, mobile, indolore.

Cœur : tachycardie, rate et foie normaux. T. A. 11-1/2-7; B. W. + +; H. + +.

Réflexes rotuliens et achilléens normaux.

Le 18 avril 1931, Novar 0.75. Urticaire et température 38°.

Le 19 avril 1931, Novar 0.90. Température normale.

Le 20 avril 1931, Novar 0.90, petit urticaire céphalée, la gorge est en voie de cicatrisation, la roséole pâlit.

Le 23, la malade quitte l'hôpital, amygdales presque cicatrisées, la roséole disparue.

Deuxième Pollitzer. — La malade revient le 10 mai pour un nouveau Pollitzer.

Le 10 mai, 0.90 bien supportés; le 11, 0.90 bien supportés; le 12, 0.90 bien supportés. Le 9, W + + +; H + + +.

Le 16 octobre 1931, la malade revient pour un Pollitzer.

Le 16 octobre, 0.75, température 38.6°; le 17 octobre, 0.90, pas de température; le 18 octobre, 0.90.

W = + + +; H = + + +.

Le 9 mars 1932, la malade revient pour un quatrième Pollitzer.

Le 9 mars, 0.90, pas de température; le 10 mars, 0.90, pas de température; le 11 mars, 0.90, pas de température.

W = —; H = + +.

CONCLUSION

1) La méthode de Pollitzer a pour principe de combattre la syphilis par des séries thérapeutiques dont chacune est constituée par un assaut arsénobenzolique fort et massif, mais très court, immédiatement suivi d'un traitement de fond par un métal lourd classique.

Telle qu'elle a été réglée par M. Paul Chevallier, elle consiste à injecter trois jours de suite 0.90 gr. de novarsénobenzol (dose pour une sujet jeune et robuste), et ensuite du mercure ou du bismuth aux doses et suivant le rythme habituels.

2) L'application de la méthode demande certaines précautions inusitées dans les méthodes courantes, à savoir : le repos au lit et le régime lacté depuis la veille jusqu'au lendemain de l'assaut arsénobenzolique ; la méthode est par cela même un traitement d'hôpital ou de maison de santé ; M. Paul Chevallier n'a jamais voulu l'essayer comme traitement ambulatoire.

De plus, les injections doivent être faites très lentement (20 minutes environ pour 0.90 gr.) et par des personnes capables de reconnaître les premiers signes de l'intolérance arsénobenzolique. Il est évident que

la méthode a toutes les contre-indications classiques des arsénobenzols à forte dose.

3) L'assaut arsénobenzolique n'a jamais donné lieu à des incidents sérieux. Les débuts de crises nitroïdes sont rares et restent sans gravité (étant entendu que l'injection est arrêtée en cas de malaises). Comme avec les autres méthodes, on peut observer des érythèmes; parfois, après la première injection, la température monte souvent à 38.5° ou 40°, la seconde injection peut être suivie d'un clocher fébrile plus léger. Ces réactions s'observent presque exclusivement chez les syphilitiques en accidents et ont la valeur d'une réaction d'Herxheimer : elles ne contre-indiquent pas la poursuite normale du traitement.

Lorsque la fièvre continue plus longtemps, ou apparaît après coup, il s'agit, comme l'ont démontré M. Paul Chevallier et ses collaborateurs, de l'activation d'une infection latente différente de la syphilis.

4) L'assaut arsénobenzolique n'a encore jamais été suivi d'intoxication proprement dite (érythrodermies, purpura, aleucie hémorragique, etc.). C'est là un des grands avantages de la méthode. M. Paul Chevallier oppose volontiers cette absence d'intoxication à sa fréquence relative chez les malades traités à son propre dispensaire par la méthode classique des doses espacées, même si ces doses sont minimales. L'arsénobenzol donné à doses massives, mais pendant très peu de jours, ne paraît ni s'accumuler dans l'organisme, ni l'empoisonner.

5) La méthode de l'assaut arsénobenzolique est un retour aux principes posés d'emblée par Ehrlich : elle possède tous les avantages individuels et sociaux qui soulevèrent l'admiration au début de l'application du 606. Des accidents primaires et secondaires de toutes sortes guérissent rapidement; parfois même, lorsque des lésions pouvaient être tenues a priori pour rebelles, la rapidité des résultats est merveilleuse; dans d'autres cas, sans qu'on puisse en saisir la raison, la disparition des syphilides est plus lente.

Lorsqu'on traite des syphilis plus anciennes, latentes, aortiques, nerveuses ou autres, chez les sujets qui, bien entendu, ne présentent pas des contre-indications, les résultats thérapeutiques sont bons sans paraître meilleurs que ceux de la méthode par doses espacées.

Un certain nombre de femmes syphilitiques secondaires enceintes ont été soumises avec succès à l'assaut arsénobenzolique, et aucune d'elle n'a avorté ou n'est accouchée prématurément.

6) L'assaut arsénobenzolique, qui a tous les avantages de la méthode initiale d'Ehrlich, n'en a pas les inconvénients, parce que : 1) L'assaut arsénobenzolique est immédiatement complété par l'action d'un métal lourd antisypilitique; Pollitzer ne connaissait que le mercure; M. Paul Chevallier emploie indifféremment le mercure et le bismuth; 2) il est répété des séries identiques séparées par des intervalles de repos d'un mois à six semaines.

Au cours de la période secondaire, ont été observées les rechutes chez des malades qui avaient négligé de continuer leurs traitements.

En théorie, la méthode de Pollitzer semble pouvoir être continuée indéfiniment chez la plupart des malades. Chez quelques-uns cependant, elle a été abandonnée par suite d'une sensibilisation aux arsénobenzols. En général, après un certain nombre de séries, les malades préfèrent un traitement qui n'exige pas l'hospitalisation.

7) L'assaut arsénobenzolique suivi de traitement mercuriel ou bismuthique négative le Wassermann et les autres réactions sériques de la syphilis. La rapidité immédiate de la négativation est variable suivant les malades. Dans l'ensemble, on a l'impression qu'elle est plus lente que par la méthode des doses arsénobenzoliques progressives et espacées. Cette constatation ne saurait être invoquée contre la méthode, si l'on admet que le malade a intérêt à la production d'une immunité active.

8) Pas plus qu'aucune autre méthode, celle de Pollitzer ne « stérilise », ne guérit complètement et définitivement la syphilis. Pas plus que l'emploi d'aucune autre méthode, son emploi ne justifie de déclarer un jour au malade qu'il est guéri et de cesser de le soigner. Comme le répète M. Paul Chevallier : « A part quelques exceptions dont, en pratique, on n'a pas le droit de tenir compte, la syphilis ne guérit jamais et son traitement doit être poursuivi quasi toute la vie,

en particulier par ces admirables médicaments que nous ont légués nos ancêtres : le mercure et son adjuvant, l'iodure. »

Vu :

Le Doyen de la Faculté,
BALTHAZARD.

Vu :

Le Président de la Thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

S. POLLITZER. — Communication à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, 12 février 1920.

P. CHEVALLIER et J. BERNARD. — La méthode de Pollitzer dans le traitement de la syphilis. *Société de Thérapeutique*, séance du 13 avril 1932.

— La méthode de Pollitzer dans le traitement de la syphilis. *Répertoire Médical*, juin 1932, n° 26.

— La méthode de Pollitzer dans le traitement de la syphilis. *L'Hôpital*, octobre 1932.

J. LUMMAU. — Le traitement de la syphilis par la méthode de Pollitzer. Thèse de Bordeaux, 1933.

Angers. — L'Imprimerie de l'Anjou, 21, Bd Gaston-Dumesnil.

